

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Unil

UNIL | Université de Lausanne



Mémoire de Maîtrise en médecine No 2239

**Transfert de connaissances en médecine : La médecine fondée sur les preuves
et les médecins suisses installés, une étude transversale**

Etudiant

Arthur Escher

Tuteur

Prof. Bernard Burnand

Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)

Expert

Prof. Francesco Panese

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique &
Laboratoire de sociologie, Faculté des sciences sociales et politiques, Unil

Lausanne, Décembre 2015

Table des matières

Abstract	3
Introduction.....	5
Objectifs	7
Méthode.....	7
Résultats	9
Question 1 : « Mon attitude à l'égard d'EBM est... »	10
Question 2 : « A mon avis, l'attitude de mes collègues à l'égard d'EBM est...»	11
Question 3 : « Pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients »	12
Question 4 : « Je sais où trouver des informations de qualité pour tenir à jour mes connaissances médicales ».....	13
Résumés des résultats.....	15
Discussion	16
Conclusion	20
Bibliographie.....	21

Abstract

Objectif

Le but de ce travail était de décrire l'attitude des médecins suisses installés envers la médecine fondée sur les preuves ou EBM (evidence-based medicine), ainsi que d'éventuelles différences significatives parmi eux et de comparer les résultats avec ceux d'autres pays, afin d'évaluer l'implémentation d'EBM chez ces médecins.

Méthode

Ce travail est une étude transversale portant sur l'analyse de 4 questions : « Mon attitude à l'égard d'EBM est... », « A mon avis, l'attitude de mes collègues à l'égard d'EBM est... », « Pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients » et « Je sais où trouver des informations de qualité pour tenir à jour mes connaissances médicales » venant du questionnaire « Transfert des connaissances en médecine » mené par l'IUMSP. La population cible est les médecins suisses installés des spécialités suivantes : Orthopédie et traumatologie, psychiatrie et psychothérapie, cardiologie et diabétologie ainsi que médecine interne générale et médecins praticiens. L'échantillon sélectionné est de 6400 médecins. Ils ont été contactés par courrier électronique ou postal. La collecte des résultats a eu lieu du 14 mai au 18 août 2014. Les résultats ont été traités de manière descriptive puis des différences significatives dans les réponses selon les modalités : genre, région linguistique, spécialité, âge ont été investiguées avec un test du Chi² significatif à $p < 0.05$.

Résultats

Il y a eu 985 médecins qui ont répondu (taux de participation de 15.4%). Les médecins suisses installés ont une attitude positive à 86% à l'égard d'EBM. Par contre, ils pensent que 73% de leurs collègues ont une attitude positive envers EBM. Ils sont 82% à être d'accord avec le fait que pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients et 92% sont d'accord avec le fait de savoir où trouver des informations de qualité pour tenir à jour leurs connaissances médicales. Ces résultats se retrouvent dans les études similaires des autres pays. Les médecins suisses romands sont plus négatifs envers EBM. Les orthopédistes et traumatologues pensent que leurs collègues sont plus négatifs envers EBM. Les psychiatres osent moins répondre à propos de l'attitude supposée de leurs collègues. Les médecins femmes de Suisse romande sont moins d'accord avec le fait que pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients. Les psychiatres sont moins d'accord avec le fait qu'ils savent où trouver des informations de qualité pour maintenir à jour leurs connaissances médicales. Les cardiologues et diabétologues, par contre, sont plus d'accord avec ce fait.

Conclusion

Malgré des différences significatives diffuses, les médecins installés suisses sont fortement favorables envers EBM et ce qu'elle apporte pour la prise en charge de leur patient. Ils sont également à l'aise pour trouver les informations nécessaires pour maintenir leurs connaissances médicales. Ce constat est retrouvé dans d'autres pays également. Le mouvement EBM qui a débuté pendant la seconde moitié du 20^{ème} siècle s'est maintenant bien intégré dans les habitudes et pratiques des médecins installés suisses.

Introduction

Evidence-based medicine (EBM) ou la médecine fondée sur les preuves est devenue l'un des paradigmes prépondérant de la médecine moderne. Une définition simple peut être trouvée dans un article du Prof. Sackett : « EBM est l'intégration des compétences cliniques individuelles et les meilleures preuves externes », il s'agit de « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise des décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient »[1]. Dans le passé, les décisions cliniques (de traitement, de diagnostic, de prise en charge, etc...) étaient basées sur l'opinion et l'expérience des experts (des médecins plus âgés). Le savoir était surtout acquis avec l'empirisme et de ce fait les jugements des experts étaient difficilement contestables par les plus jeunes[2][3].

Bien que l'utilisation du terme date des années 90, le principe existe depuis que des gens ont questionné les pratiques de leur temps et ont cherché des moyens de répondre à leurs interrogations. Un exemple historique est celui de James Lind et du scorbut au 18^{ème} siècle. Lors d'un voyage en mer en 1753, Lind a sélectionné 12 patients avec le scorbut, des cas qui lui semblaient le plus similaire possible. Il a ensuite divisé ces patients en groupes plus petits auxquels il a donné différents aliments dont, pour un groupe, 2 oranges et 1 citron par jour. Il a ensuite constaté que les patients du groupe ayant reçu les oranges et le citron ont eu la meilleure amélioration symptomatique. A faible échelle, ce qu'il a fait représente le fonctionnement de nos actuels essais cliniques.

L'EBM telle que nous la connaissons actuellement s'est surtout développé lors de la seconde moitié du 20^{ème} siècle et grâce aux travaux de plusieurs personnes[4] : en 1967, David Sackett fonde le premier département d'épidémiologie clinique. En effet, avec Alvan Feinstein, ils furent pionniers dans l'intégration des compétences et du raisonnement de l'épidémiologie avec la clinique. L'épidémiologie s'occupe de problèmes de santé publique au-delà des champs de travail d'un clinicien. Ils proposèrent d'appliquer les méthodes statistiques et la manière d'approcher un problème de l'épidémiologie à des problématiques « au lit du patient », à savoir, réduire l'incertitude quant à la pratique médicale quotidienne des cliniciens : c'est la naissance de l'épidémiologie clinique. Ceci a amené une méthodologie scientifique, telle que dans la recherche biomédicale et de l'analyse statistique à la médecine qui, jusque-là, se basait presque exclusivement sur l'expérience et l'empirisme des cliniciens. Les buts, entre autres, étaient d'affirmer ou d'infirmer des opinions quant aux traitements, méthodes diagnostiques, pronostic des maladies. De pouvoir baser les connaissances et les pratiques sur des preuves plus solides que l'expérience d'un clinicien. Un autre objectif était que les jeunes médecins avaient désormais une base externe pour questionner la pratique de leur mentor et trouver des réponses si nécessaire.

En 1981, Sackett et ses collaborateurs publient le premier article d'une série (« How to read clinical journals ») qui a pour but d'enseigner aux médecins comment évaluer la littérature médicale : ce qu'ils ont appelé « l'évaluation critique » (Critical appraisal). Il a également édité son premier livre en 1985 (« *Clinical epidemiology a basic science for clinical medicine* »). Il continue à donner des cours d'épidémiologie clinique à l'université Mc Master. Sackett et ses collègues ont vu la nécessité de non seulement enseigner les méthodes pour comprendre la littérature mais aussi comment l'appliquer « au lit du patient ». Le but n'était pas uniquement de faire des lecteurs mais des praticiens.

En 1990, Gordon Guyatt, un mentoré de Sackett, propose le terme de « médecine scientifique » pour parler de ce nouveau paradigme émergent. Mais cela impliquait que les décisions cliniques actuelles n'étaient pas, ce qui était probablement vrai, scientifique. Guyatt proposa alors le terme « Evidence-Based Medicine » dont il expliqua le principe et les objectifs dans un article en 1992[5].

En parallèle, les outils de l'épidémiologie se sont développés pour aboutir aux essais cliniques randomisés (ECR), revues systématiques et méta-analyses que nous utilisons de nos jours. Citons notamment Archie Cochrane et ses efforts pour promouvoir les essais cliniques randomisés (ECR) ainsi que la publication de son ouvrage : « *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* » en 1972, Tom Chalmers pour l'introduction des méta-analyses. En 1993, Iain Chalmers et ses collaborateurs fondent la Cochrane Collaboration. C'est une organisation internationale dont le but est d'analyser et de synthétiser les résultats de la recherche médicale de manière systématique pour en faciliter l'utilisation par les cliniciens des données de la littérature médicale. Cette organisation est aussi une plateforme pour une collaboration internationale des chercheurs et cliniciens de différents pays.

Comme nous l'avons vu, EBM est le fruit du travail de plusieurs protagonistes partageant tous la conviction qu'il fallait améliorer les preuves des connaissances en médecine, dans le but d'améliorer la pratique clinique et ainsi la prise en charge de chaque patient. Ce n'est pas le rejet de l'art médical, l'expérience propre et l'intuition ont toujours leur place mais il manquait un cadre plus rigoureux dans lequel pratiquer. En effet, pour Sackett[1], un bon médecin utilise à la fois son expérience et les meilleures preuves externes disponibles et aucun seul n'est suffisant. Sans l'expérience, la pratique deviendrait une application algorithmique des guidelines formées par les meilleures preuves externes alors que dans certains cas, elles peuvent ne pas s'appliquer à un patient en particulier. Et sans l'utilisation des meilleures preuves, la pratique deviendrait vite dépassée. Pour reprendre le terme de Sackett, EBM est l'*intégration* des préférences du patient, de l'expérience du clinicien et des meilleures preuves disponibles[2].

A noter que, comme tout changement, ce mouvement n'a pas été unanimement acclamé et depuis les années 90 paraissent des articles contre EBM (par exemple cet article anonyme dans le Lancet en 1995[6] ou plus récemment dans le BMJ[7]) mais dont le contenu dépasse le cadre de ce travail.

Beaucoup a déjà été accompli mais il reste encore à améliorer. En 2014[8], le *Journal of the American Medical Association (JAMA)* et le *British Medical Journal (BMJ)* ont invité 6 protagonistes ayant joué un rôle important dans le développement de l'EBM pour participer à une interview (<http://ebm.jamanetwork.com>) dont une des parties concerne le futur d'EBM. Pour un des invités, Muir Gray, le changement de paradigme s'est opéré car maintenant lorsque quelqu'un fait une affirmation, il se demande quelle est la base de cette affirmation et, s'il y a une preuve, de quelle qualité elle est. Les gens savent maintenant que les connaissances ont une qualité. Pour Gray, la prochaine étape est la médecine personnalisée basée sur les preuves : « le 20^{ème} siècle était le siècle du médecin, ce siècle est celui du patient ». Pour Guyatt, nous avons les connaissances et les technologies et le défi actuel est de transmettre les informations de manière efficace.

Quelle est l'opinion actuelle des médecins vis-à-vis d'EBM? De multiples pays ont mené des études plus quantitatives concernant l'adoption de l'EBM par les cliniciens ou les médecins pratiquants ; par exemple avec des questions concrètes sur leur attitude envers EBM, le temps consacré à la lecture de littérature médicale ou encore les sources qu'ils utilisent pour trouver des informations evidence-

based. Le sujet de ce travail s'inscrit dans la lignée de ces articles et s'intéresse plus particulièrement au point de vue des médecins suisses installés. Dans la littérature, 29 articles et 3 revues systématiques (dont une particulièrement utile [9] pour trouver des articles dans le sujet) traitant du rapport des médecins envers EBM ont été trouvés. Ces études ont été réalisées ces 20 dernières années dans différents pays du monde. Aucune étude similaire au sujet de ce travail n'a été trouvée dans la littérature suisse.

Ce travail permet d'apporter des données quantitatives concernant la Suisse à propos de l'attitude des médecins installés envers EBM. Il se base sur 4 des 26 questions de l'enquête « transfert des connaissances en médecine » dirigé par l'IUMSP en 2014. Par rapport aux études similaires des autres pays, il apporte la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires par rapport au genre, la région linguistique, la spécialité et l'âge des médecins installés.

Objectifs

- Décrire l'attitude des médecins suisses installés envers EBM en se basant sur l'enquête « Transfert des connaissances en médecine ».
- Décrire les éventuelles différences significatives selon les modalités suivantes : le genre, la région linguistique, la spécialité et l'âge.
- Comparer les résultats du groupe « médecine générale » avec ceux des études des autres pays.

Méthode

Le travail comporte l'analyse des 4 questions suivantes : « Mon attitude à l'égard d'EBM est... », « A mon avis, l'attitude de mes collègues à l'égard d'EBM est... », « Pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients » et « Je sais où trouver des informations de qualité pour tenir à jour mes connaissances médicales » incluses dans l'enquête « Transfert des connaissances en médecine » menée par l'institut gfs.bern, mandaté par l'IUMSP. L'enquête est composée de questions concernant : l'utilisation et l'attitude envers EBM, l'utilisation d'études cliniques, l'obtention d'informations et des données démographiques. Dans le questionnaire, EBM est décrit comme : « EBM consiste à prendre en compte les résultats issus de la recherche quant à l'efficacité d'interventions de soins (essais cliniques, méta-analyse de traitements ou de tests diagnostic) ».

Les critères d'inclusion de la population sont : être un médecin installé (secteur ambulatoire) en Suisse et avoir un diplôme FMH pour les spécialités suivantes : chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, psychiatrie et psychothérapie, cardiologie, diabétologie, médecine générale et médecin praticien quel que soit le sexe, l'âge et la région linguistique suisse (suisse allemand, suisse romand, suisse italophone). La population source était de 10'115 médecins, l'échantillon sélectionné était de 6400. Le taux de participation attendue avec ce type d'étude et cette population était de 20% (taux usuel d'autres études faites dans cette population). Un

échantillon de 6400 a été décidé pour avoir un nombre de données suffisantes pour les analyses compte tenu d'un taux de réponse de 20%.

Les données ont été collectées du 14 mai au 18 août 2014. Les participants ont été contactés par téléphone ou par courrier par l'institut gfs.bern afin de les inviter à compléter le questionnaire online ou sur une version imprimée reçue avec une enveloppe de renvoi. Durant la période de collecte, les participants ont été réinvités par gfs.bern à remplir les questionnaires par téléphone ou email. Une lettre de rappel a été envoyée comme dernière mesure.

Pour simplifier les analyses des 4 questions choisies pour ce travail, les spécialités cardiologie et diabétologie ont été rassemblées en « cardiologie et diabétologie » car il s'agit de deux sous-spécialités de médecine interne et que leurs réponses étaient similaires. Les réponses des médecins généralistes et des praticiens ont été rassemblées en « médecine générale » pour les mêmes raisons.

Les catégories d'âge choisies sont [20-45], [46-60] et [61-95] ans. Le choix de cette répartition se base sur le souhait d'avoir à la fois des catégories permettant de comparer les jeunes et les médecins âgés ainsi que d'avoir suffisamment de données dans chaque catégorie pour permettre des analyses statistiques.

En raison d'un taux négligeable : la catégorie « pas de réponse » pour les 4 questions ainsi que pour le sexe et l'âge n'a pas été considérée pour l'analyse.

Les données ont été analysées premièrement de manière descriptive puis les réponses regroupées en variable binaire (positif/négatif et d'accord/pas d'accord) et analysées selon des tableaux de contingence entre chacune des questions d'intérêt et les modalités suivantes : le sexe, la région linguistique, l'âge et la spécialité. L'évaluation de l'existence d'une éventuelle différence significative au plan statistique dans les réponses a été évaluée par un test du Chi2 avec une p-value <0.05. Les analyses ont été complétées par des régressions logistiques pour déterminer s'il existait des différences significatives à $P > |z| < 0.05$ dans les tendances des réponses parmi les modalités pour chaque question d'intérêt.

Les calculs ont été réalisés avec le programme STATA/IC 13.1.

Ce projet a été financé par un fonds de recherche de la Fondation Bangerter Rhyner, mis au bénéfice de projets du programme de recherche sur les services de santé de l'Académie suisse des sciences médicales.

Résultats

Le nombre de questionnaires retourné est de 985, taux de participation $985/6400 \times 100 = 15.4\%$. Le taux de participation de chacune des spécialités interrogées est de : Orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur 18.5%, Psychiatrie et psychothérapie 15.5%, Cardiologie et diabétologie 13.5%, Médecine générale 15,0%. Tous les participants ont signalé leur spécialité et leur région linguistique, 22 (2%) n'ont pas indiqué leur genre et 30 (3%) n'ont pas donné leur âge.

Parmi les répondants, 205 étaient des femmes (21%). 168 Orthopédistes et traumatologues ont répondu (17%), 165 psychiatres (17%), 65 pour les cardiologues et diabétologues (7%) et 587 médecins généralistes et praticiens (59%). La majorité des répondants provient de la partie alémanique de la Suisse avec 623 participants (63%) pour 303 suisses romands (31%) et 59 italophones (6%). La moyenne d'âge des répondants était de 56.6 ans avec une étendue de 29 à 92 ans. La comparaison de la répartition des répondants avec celle de la population se trouve dans le **tableau 1**. Les graphes montrés dans cette partie illustrent une différence significative.

Tableau 1

	Répondants	Echantillon	Population (médecins installés 2014 ¹)
Total	985 (100%)	6400 (100)	10357 (100)
Genre :			
Femmes	205 (21)	-	33%
Hommes	758 (77)	-	67%
Pas de réponse	22 (2)		
Spécialités :			
Orthopédie et traumatologie	168 (17)	908 (14)	9%
Psychiatrie	165 (17)	1073 (17)	20%
Cardiologie et diabétologie	65 (7)	482 (8)	5%
Médecine générale	587 (59)	3937 (61)	66%
Région linguistique :			
Allemand	623 (63)	68%	65%
Français	303 (31)	28%	31%
Italien	59 (6)	4%	4%
Âge :			
Moyenne	56.6 ans	-	54 ans
20-45 ans	113 (11)	-	-
46-60 ans	528 (54)	-	-
61-95 ans	314 (32)	-	-
Pas de réponse	30 (3)		

¹ <http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>

Question 1 : « Mon attitude à l'égard d'EBM est... »

Les participants avaient les choix de réponse suivants : « très positive », « plutôt positive », « plutôt négative », « très négative » et « pas de réponse » (Pourcentage de « pas de réponse » : 5.18 : exclu des analyses).

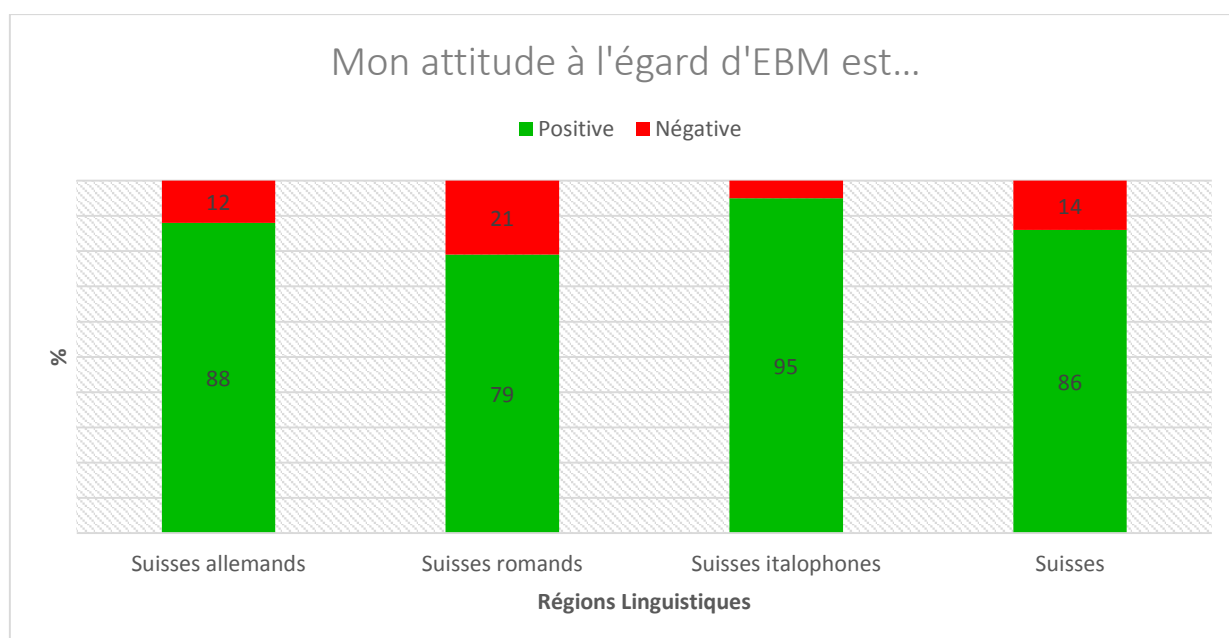
Pour l'ensemble des participants, les réponses obtenues sont les suivantes :

Tableau 2

Mon attitude à l'égard d'EBM est...	Nombres et (%)	Catégories utilisées pour les analyses	
Très positive	190 (20)	Positive	804 (86%)
Plutôt positive	614 (66)		
Plutôt négative	113 (12)	Négative	130 (14%)
Très négative	17 (2)		
Total	934		934

Il existe une différence significative ($p < 0.005$) quand le groupe des médecins installés suisses romands est comparé au reste des réponses : ils répondent plus négativement qu'attendu : 21% de réponses négatives contre 11% pour les médecins suisses allemands et italophones.

Il n'y pas de différence significative selon le genre, la spécialité et les catégories d'âge.



Lors de la régression logistique, il existe une différence significative de réponse pour la modalité langue : les médecins suisses romands ont une tendance plus marquée à choisir une réponse négative par rapport aux deux autres régions linguistiques. Il n'y pas de différence selon le genre, la spécialité et les catégories d'âge.

Question 2 : « A mon avis, l'attitude de mes collègues à l'égard d'EBM est... »

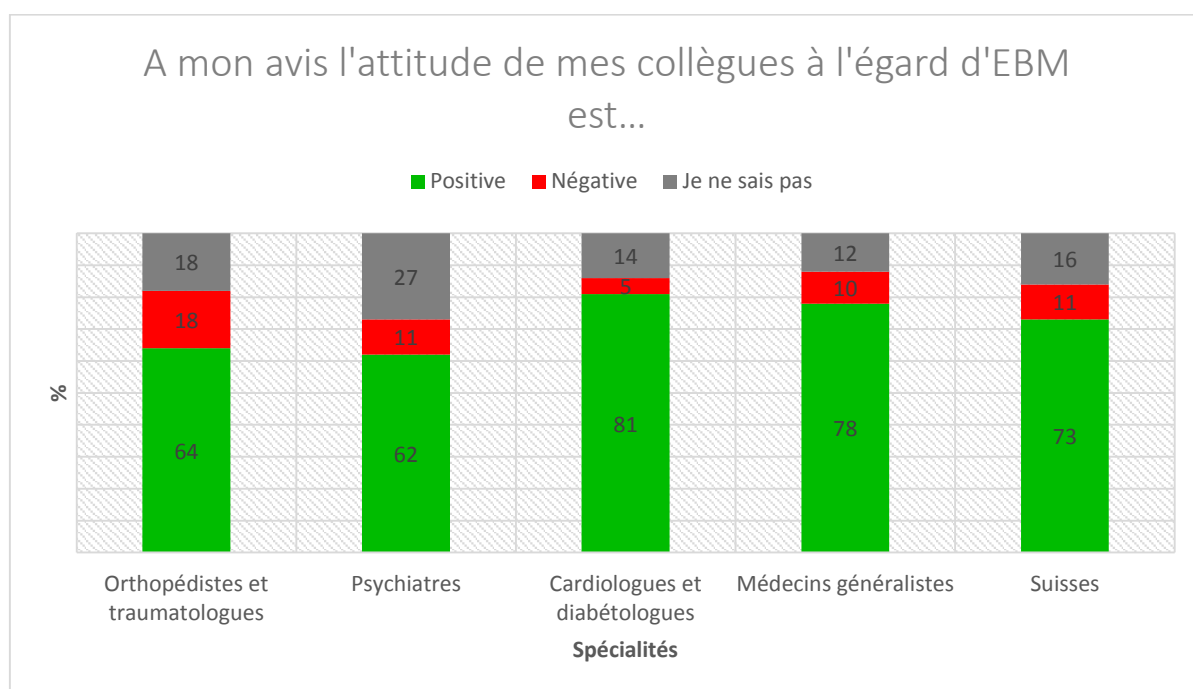
Les participants avaient les choix de réponse suivants : « très positive », « plutôt positive », « plutôt négative », « très négative », « je ne sais pas » et « pas de réponse » (Pourcentage de « pas de réponse » : 5.89 : exclu des analyses).

Pour l'ensemble des participants, les réponses obtenues sont les suivantes :

Tableau 3

A mon avis, l'attitude de mes collègues à l'égard d'EBM est...	Nombre et (%)	Catégories utilisées pour les analyses	
Très positive	71 (8)	Positive	677 (73%)
Plutôt positive	606 (65)		
Plutôt négative	100 (11)	Négative	104 (11%)
Très négative	4 (0)		
Je ne sais pas	146 (16)	Je ne sais pas	146 (16%)
Total	927		927

Il existe une différence significative ($p < 0.005$) parmi la modalité spécialité : Les orthopédistes et traumatologues ont répondu plus négativement comparativement aux autres spécialités (18% contre 10%), les psychiatres ont répondu plus souvent « je ne sais pas » comparé aux autres spécialités (27% contre 14%).



Dû à l'impossibilité de créer une variable binaire à cause de la catégorie « je ne sais pas », aucune régression logistique n'a été appliquée à cette question.

Question 3 : « Pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients »

Les participants avaient les choix de réponse suivants : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord » et « pas de réponse » (Pourcentage de « pas de réponse » : 5.48 : exclu des analyses).

Pour l'ensemble des participants, les réponses obtenues sont les suivantes :

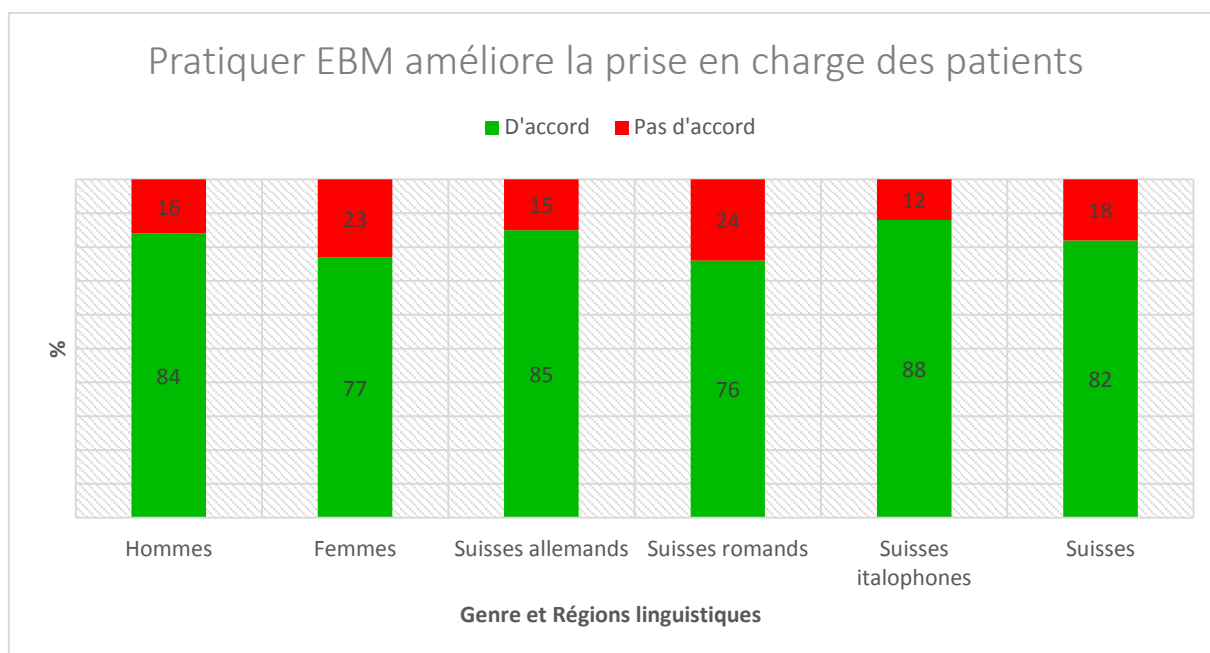
Tableau 4

Pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients	Nombre et (%)	Catégories utilisées pour les analyses	
Tout à fait d'accord	182 (19)	D'accord	765 (82%)
Plutôt d'accord	583 (63)		
Plutôt pas d'accord	147 (16)	Pas d'accord	166 (18%)
Pas du tout d'accord	19 (2)		
Total	931		931

Il existe une différence significative ($p < 0.05$) pour la modalité genre : les médecins femmes sont plus « pas d'accord » qu'attendu comparé aux médecins hommes (23% contre 16% de « pas d'accord »). Il existe également une différence significative ($p < 0.005$) pour la modalité langue : les médecins suisses romands répondent plus de « pas d'accord » qu'attendu comparé au reste (24% contre 15%).

Lorsque les réponses des femmes médecins sont comparées entre elles selon la région linguistique, il existe une différence significative ($p < 0.005$) pour les femmes médecins de suisse romande qui répondent plus de « pas d'accord » qu'attendu comparé au reste des femmes médecins (37% contre 16%). Il n'y pas de différence lorsque les résultats des médecins hommes sont comparés entre eux selon la région linguistique.

Lorsque les résultats des régions linguistiques sont comparés selon le genre, il existe une différence significative ($p < 0.01$) pour la suisse romande où les médecins femmes répondent plus de « pas d'accord » que les médecins hommes (37% contre 20%). Il n'y a pas de différence médecins femmes/hommes pour les deux autres régions linguistiques.



Lors de la régression logistique, il existe des différences significatives selon la modalité genre : les médecins femmes ont une tendance à être moins d'accord que leurs collègues masculins ; selon la modalité région linguistiques : les médecins suisses romands ont une tendance à être moins d'accord que leurs collègues suisses allemands ; ainsi que selon la modalité spécialité : les médecins orthopédistes et traumatologues ont une tendance à être moins d'accord comparé au groupe des médecins généralistes. Il n'y pas de différence selon la catégorie d'âge.

Question 4 : « Je sais où trouver des informations de qualité pour tenir à jour mes connaissances médicales »

Les participants avaient les choix de réponse suivants : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord » et « pas de réponse » (Pourcentage de « pas de réponse » : 3.05 : exclu des analyses).

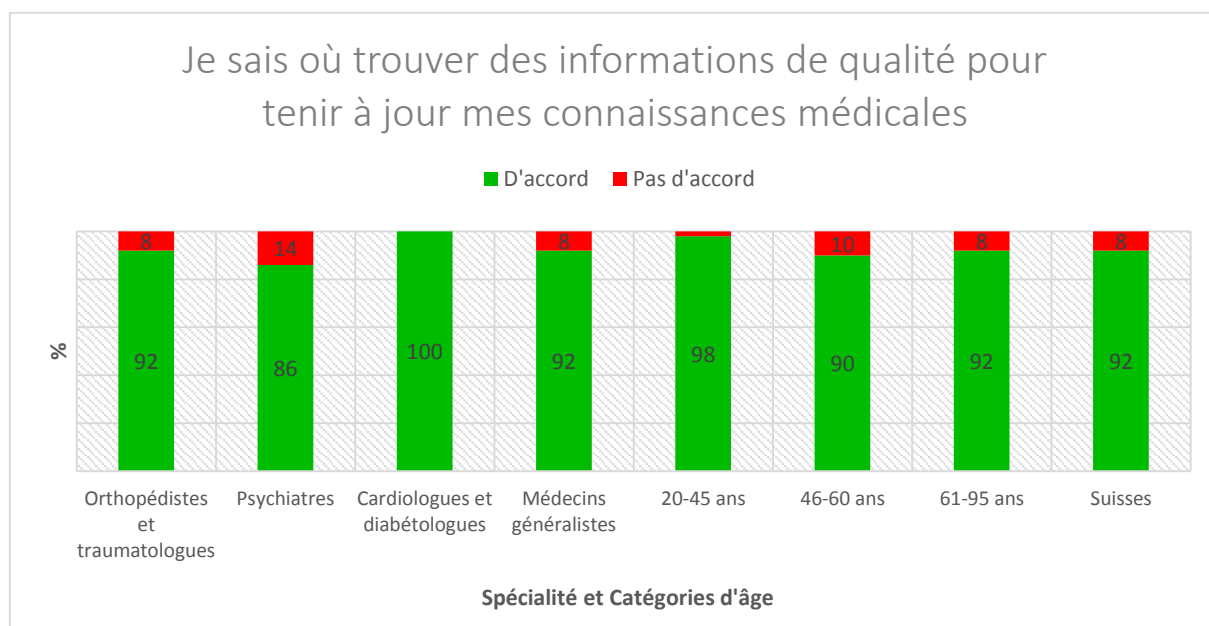
Pour l'ensemble des participants, les réponses obtenues sont les suivantes :

Tableau 5

Je sais où trouver des informations de qualité pour tenir à jour mes connaissances médicales	Nombre et (%)	Catégories utilisées pour les analyses	
Tout à fait d'accord	362 (38)	D'accord	876 (92%)
Plutôt d'accord	514 (54)		
Plutôt pas d'accord	70 (7)	Pas d'accord	79 (8%)
Pas du tout d'accord	9 (1)		
Total	955		955

Il existe une différence significative ($p < 0.025$) selon les catégories d'âge : les 20-45 ans sont moins « pas d'accord » qu'attendu comparé aux médecins plus âgés (2% de « pas d'accord » contre 9%). Il existe également une différence significative ($p < 0.005$) selon la modalité spécialité : les psychiatres sont plus « pas d'accord » que le reste (14% contre 7%) et les cardiologues et diabétologues sont moins « pas d'accord » que le reste (0% contre 9%).

Lorsque les réponses des spécialités sont comparées entre elles selon la catégorie d'âge, il n'y a aucune différence significative.



Lors de la régression logistique, il existe une différence significative selon la modalité spécialité : les psychiatres ont une tendance à être moins d'accord par rapport aux médecins généralistes. Les résultats des cardiologues et diabétologues ne sont pas interprétables car ils ont tous ($n=64$) répondu dans la catégorie « d'accord ». Il existe également une différence significative selon les catégories d'âge : les médecins de 20-45 ans ont une tendance à être plus « d'accord » que leurs collègues plus âgés. Il n'y a pas de différence selon le genre et la région linguistique.

Tableau 6

Questions	Tableau de contingence selon 1 modalité significative ($p < 0.05$)	Tableau de contingence en croisant 2 modalités significatives ($p < 0.05$)	Régression logistique
Mon attitude à l'égard d'EBM est...	Médecins (M.) suisses romands sont plus négatifs	-	M. suisses romands ont tendance à être plus négatifs
A mon avis, l'attitude de mes collègues à l'égard d'EBM est...	M. orthopédistes et traumatologues pensent que leurs collègues sont plus négatifs M. psychiatres répondent plus « je ne sais pas »	-	-
Pratiquer EBM améliore la prise en charge des patients	M. femmes sont moins d'accord M. suisses romands sont moins d'accord	M. femmes de Suisse romande sont moins d'accord	M. femmes ont tendance à être moins d'accord M. suisses romands ont tendance à être moins d'accord que les M. suisse allemand M. orthopédistes et traumatologues ont tendance à être moins d'accord que les M. généralistes
Je sais où trouver des informations de qualité pour tenir à jour mes connaissances médicales	M. de 25 à 45 ans sont plus d'accord M. psychiatres sont moins d'accord M. cardiologues et diabétologues sont plus d'accord	-	M. psychiatres ont tendance à être moins d'accord que les M. généralistes M. de 20-45 ans ont tendance à être plus d'accord que les 46-95 ans

Discussion

En regardant les proportions des répondants (**tableau 1**), nous pouvons constater qu'elles correspondent assez bien à celles de l'échantillon et de la population si ce n'est pour la proportion Homme/Femme des répondants à presque 4 pour 1 comparée à celle de la population à 2 pour 1. Il y a une surreprésentation de médecins hommes parmi les répondants. La moyenne d'âge des répondants (56.6 ans) correspond bien à celle de la population étudiée (54 ans). Les résultats bruts pour les quatre questions d'intérêt (**tableau 7**) montrent une tendance positive en faveur du rôle d'EBM en médecine (majorité de réponses avec « très positive », « plutôt positive », « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord ». Malgré les différences significatives citées dans la partie Résultats, on peut constater que de manière générale, l'ensemble des médecins suisses interrogés est majoritairement favorable aux quatre questions traitées dans ce travail.

Tableau 7

	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4
Positif / D'accord	86 %	73 %	82 %	92 %
Négatif / Pas d'accord	14 %	11 %	18 %	8 %
Je ne sais pas	-	16 %	-	-

Il n'y a aucune des 4 modalités qui, de manière récurrente, amène à des différences significatives dans les réponses. Sauf, les médecins suisses romands qui répondent deux fois différemment de leurs collègues et ont tendance à être plus réticents envers EBM. Est-ce dû à une différence de la manière dont EBM est enseignée lors des études ou de la formation post-graduée ? A la question 3, c'est uniquement les médecins femmes de Suisse romande qui sont significativement moins d'accord avec l'assertion. Aucune référence à ce sujet n'a été trouvée dans la littérature.

Une méta-revue systématique [10] concernant les facteurs influençant l'implémentation des guidelines cliniques répertorie l'âge et l'expérience comme facteur influant : les médecins jeunes et moins expérimentés sont plus enclin à utiliser les guidelines que leur collègues plus âgés et expérimentés. C'est également une des conclusions obtenues dans une étude suisse [11]. Cette différence selon l'âge se retrouve uniquement à la question 4 où les médecins plus jeunes sont plus à l'aise pour trouver des informations de qualité. Peut-être, est-ce dû à ce qu'ils savent mieux gérer et utiliser les nouvelles bases de données pour chercher des informations (typiquement les bases de données informatisées). A ne pas oublier que seuls des médecins installés en pratique indépendante et non en institution sont considérés dans ce travail. A cause du temps de la formation post-graduée nécessaire à l'obtention du titre FMH et pour l'installation, les médecins plus jeunes sont en milieu hospitalier et donc la moyenne d'âge des médecins du secteur ambulatoire est plus élevée : 54 ans

pour 43 ans en secteur hospitalier[12]. Ceci peut influencer les résultats. A propos de la différence significative trouvée à la question 4 où les médecins de 46-95 ans sont moins d'accord avec l'assertion que leurs collègues plus jeunes ; seuls 2 médecins sur 112 de 25 à 45 ans ont répondu « pas d'accord ». Pour pallier à ce petit nombre, un test exact de Fisher a été effectué et donne un résultat de $p < 0.05$ ($p = 0.012$) corroborant le résultat obtenu par le test du χ^2 .

Un autre résultat intéressant à discuter est celui des cardiologues et diabétologues à cette même question. Les 64 répondants ont tous été d'accord avec l'assertion. Pour les autres questions, même sans être significatif, les cardiologues et diabétologues ont toujours répondu avec le plus grand pourcentage dans la catégorie positif/d'accord comparés aux autres spécialités. Est-ce que ces spécialités bénéficient d'une meilleure formation continue avec plus de séminaires, congrès ou autres d'organisés ; de meilleures revues spécialisées et d'un meilleur accès à l'information ? Ou plus simplement, seuls les cardiologues et diabétologues favorables à EBM ont pris le temps de répondre au questionnaire ?

Quant au fait que les psychiatres sont moins d'accord avec le fait de trouver des informations de qualité cela découle peut être du fait que certains estiment qu'EBM n'est pas adaptée à la psychiatrie. Selon un article [13], deux problèmes se posent entre EBM et la psychiatrie. Le premier est que les recherches ne reflètent pas suffisamment les conditions psychiatriques ainsi que le patient [14]. Par exemple, les patients enrôlés pour un essai clinique randomisé ont souvent une seule maladie, à l'inverse des patients psychiatriques dans la pratique courant qui ont souvent plein de comorbidité (dépression avec anxiété, abus de substance, environnement social précaire). Le second problème est que l'expérience personnelle, le caractère, sont des composants essentiels d'une maladie psychiatrique. Et ces concepts sont beaucoup plus difficilement mesurables dans une démarche EBM, car l'état mental est plus qu'un processus neurochimique et que certaines expériences ne peuvent être pleinement décrites en terme biologique ou quantitatif. Ce qui amène au problème suivant : l'efficacité des psychothérapies, voire même de certaines « sociothérapies » est plus difficilement évaluable comparée à celle de traitements psychopharmaceutiques. A propos de ce dernier point, des études ont montré une efficacité presque similaire de la psychothérapie avec les traitements médicamenteux, preuve que cette difficulté d'évaluation peut être surmontée. Il reste encore des aspects d'EBM à améliorer ou à adapter à la psychiatrie : on parle même d'« Evidence-based Psychiatry » ou d'« Evidence-based Mental Health ».

Dans la littérature suisse, une étude [15] s'intéresse au niveau d'enseignement d'EBM pendant le post-grade dans différentes spécialités. Les médecins assistants en médecine interne jugent le mieux leur enseignement post-gradué d'EBM comparativement à la chirurgie générale et à l'anesthésie, disciplines d'où provenaient les médecins assistants ayant le jugement le moins favorable. Les résultats de ce travail ne montrent pas une différence franche de la modalité médecine générale avec les tests du χ^2 . Par contre, lors de la régression logistique des questions 3 et 4, les médecins généralistes sont plus d'accord avec l'assertion que leurs collègues orthopédistes (question 3) et psychiatres (questions 4). Malheureusement, cette étude n'évalue pas les spécialités d'endocrinologie et de diabétologie et a été effectuée parmi des médecins hospitaliers.

Dans la littérature internationale, 29 articles traitant du rapport des médecins envers EBM ont été trouvés. Après élimination des articles ayant un design d'étude différent de celui du questionnaire de notre travail et/ ou considérant une autre population cible (ex : médecins hospitaliers) et/ou

n'analysant pas les mêmes questions ; il reste 7 articles, qui cependant, ne traitent que des médecins généralistes. Dans le **tableau 8**, les résultats de ces études sont comparés avec les résultats de ce travail mais uniquement pour la spécialité en « médecine générale ». Aucun autre article ne traitait de la question « Je sais où trouver des informations de qualités pour tenir à jour mes connaissances médicales ».

Tableau 8

Pays	année de publication	années de collecte des données	Nombre de répondants	Taux de participation	Attitude envers EBM	Attitude collègues	Améliore prise en charge patient
Royaume-Uni[16]	1998	1997	302	67%	<u>73</u> ²	<u>56</u>	<u>70</u>
Australie[17]	2001	1999	60	100%	<u>75</u> ³	<u>50</u>	<u>75</u>
Arabie Saoudite[18]	2002	1999	559	86%	environ <u>90</u> ⁴	environ <u>85</u>	environ <u>90</u>
Australie[19]	2002	2000	89	86%	<u>85</u> ⁵	-	-
Canada[20]	2003	2002	431	42%	<u>86%</u> positive ⁶ 11% neutre 3% négative	<u>70%</u> positive 25% neutre 5% négative	<u>90%</u> d'accord ⁷ 9% neutre 1% pas d'accord
Malaisie[21]	2005	2003	40	87%	<u>7</u> ⁸ (5,5-8,0)	<u>5,0</u> (4,1-6,5)	<u>7,5</u> (6,5 - 8,9)
Jordanie[22]	2009	2007	141	71%	<u>95%</u> positive ⁹ 1% négative 4% ne sait pas	<u>85%</u> positive 8% négative 7% ne sait pas	-
Suisse	-	2014	985	15%	<u>88%</u> positive 12% négative	<u>78%</u> positive 10% négative 12% ne sait pas	<u>84%</u> d'accord 16% pas d'accord

² Echelle de satisfaction de 0 à 100 avec 100 = très positif, 0 = pas du tout positif. La médiane est donnée.

³ Même échelle que l'étude précédente

⁴ Même échelle que les études précédentes

⁵ Pas d'information par rapport à l'échelle utilisée

⁶ Catégories de satisfaction « très positive », « positive », « neutre », « négative », « très négative ». Les pourcentages des catégories positives respectivement négatives ont été additionnés entre eux

⁷ Catégories d'approbation « totalement d'accord », « d'accord », « neutre », « pas d'accord », « pas du tout d'accord ». Les pourcentages des catégories en accord respectivement en désaccord ont été additionnés entre eux

⁸ Echelle de 0-10 avec 10 étant très positif et 0 pas du tout positif. La médiane est donnée ainsi que la valeur des percentiles p25 – p75 entre parenthèses)

⁹ Catégories de satisfaction « très positive », « positive », « négative », « ne sait pas »

On peut constater dans le Tableau 8 que, quel que soit le pays ou l'année, les résultats sont similaires et tendent tous vers une attitude favorable et accueillante envers EBM. Et dans toutes les études, les participants répondent toujours moins positivement quand il leur est demandé d'estimer l'attitude de leurs collègues envers EBM. Les 2 études avec le taux de réponse le plus favorable ont eu lieu au Moyen-Orient. A noter que l'étude en Suisse présente le taux de participation le plus bas mais le nombre de répondants le plus grand, ce qui est non négligeable pour la puissance statistique.

En effet, le nombre absolu de répondants ($n = 985$) est une force de ce questionnaire car cela permet des analyses statistiques plus aisées et significatives. Par contre, quant à la validité externe de ce travail, un taux de participation de 15% est assez faible. D'autant plus, qu'un taux de 20% était attendu (taux de participation obtenu lors d'autres enquêtes avec cette population). Les quelques informations disponibles à propos des non-répondants se trouvent dans le **tableau 1**. La répartition des médecins selon la spécialité et la région linguistique de l'échantillon est pratiquement la même que la répartition des répondants en terme de pourcentage ce qui indique que ni les médecins d'une spécialité en particulier ou d'une région linguistique ont plus ou moins participé au questionnaire. De plus, comme indiqué dans la partie Résultats, le taux de participation pour chaque spécialité est d'environ 15%, ce qui renforce cette hypothèse.

Ce faible taux de participation pourrait être dû à la taille du questionnaire d'autant plus que les médecins invoquent souvent le manque de temps pour répondre à des enquêtes. La compréhension des questions pourrait aussi être mise en cause du faible taux de participation. Pour les 4 questions traitées dans ce travail, le taux de « pas de réponse » à ces questions était en moyenne de 4.9 % et ne dépassait pas 5.9 %. La question 4 obtient le moins de « pas de réponse » avec 3 % en moyenne et pas plus de 3.4% quel que soit le sous-groupe de médecin considéré. Pour les trois autres questions, quand le taux de réponse est considéré selon les modalités : le taux de « pas de réponse » est plus élevé parmi les réponses des médecins femmes (en moyenne 8.3 %), des médecins suisses romands (en moyenne 7.3 %) et des médecins psychiatres (en moyenne 10.1 %). Une autre explication pourrait être le sujet du questionnaire qui n'intéresserait pas les médecins interrogés. Suivant cette hypothèse, peut-être que les médecins ayant pris la peine de répondre sont des médecins intéressés par le sujet ce qui amènerait à cette majorité de réponses favorables à EBM pour les 4 questions d'intérêts alors que ceux peu favorables au mouvement EBM n'ont pas daigné répondre.

Une autre limitation de ce travail réside dans le fait que les réponses des médecins sont subjectives et découlent de leur définition, elle-même subjective, de l'EBM, de ce qu'est une information de « qualité » et il n'y pas moyen de savoir si tous définissent ces termes de la même manière, quand bien même la définition d'EBM à considérer pour répondre au questionnaire avait été placée de manière bien visible en première page du questionnaire.

Pour l'extrapolation des résultats, on pourrait imaginer la même tendance favorable envers EBM pour les autres spécialités ambulatoires. Il faudrait faire remplir un questionnaire similaire destiné à cette population pour le confirmer ou l'infirmer. Il serait aussi intéressant d'avoir l'avis envers EBM des médecins hospitaliers pour voir s'il existe des différences avec le milieu ambulatoire.

Conclusion

Les médecins interrogés sont majoritairement positifs envers EBM et trouvent que cela améliore la prise en charge de leurs patients. Ils se sentent aussi très à l'aise vis-à-vis de la recherche d'informations pour maintenir à jour leurs connaissances médicales. Bien qu'il y ait des différences d'opinions retrouvées selon les médecins considérés, le résultat général reste fortement positif. Ces résultats favorables à EBM se retrouvent aussi dans d'autres pays. Le mouvement EBM qui a débuté pendant la seconde moitié du 20^{ème} siècle s'est maintenant bien intégré dans les mœurs et pratiques des médecins installés suisses.

Remerciements :

Je remercie mon tuteur le Prof. Burnand pour toute son aide, sa disponibilité et sa patience pour mon travail. Je remercie également le Prof. Panese ainsi que messieurs Rossel, Amiguet et Matthieu Wilhelm pour leur aide avec les statistiques.

Bibliographie

- [1] D. L. Sackett, W. M. C. Rosenberg, J. a M. Gray, R. B. Haynes, and W. S. Richardson, "Evidence based medicine: what it is and what it isn't," *Br. Med. J.*, vol. 312, no. 7023, pp. 71–72, 1996.
- [2] A. Thoma and F. F. Eaves, "A Brief History of Evidence-Based Medicine (EBM) and the Contributions of Dr David Sackett," *Aesthetic Surg. J.*, p. sjv130, 2015.
- [3] R. Sur and P. Dahm, "History of evidence-based medicine," *Indian J. Urol.*, vol. 27, no. 4, p. 487, 2011.
- [4] J. a. Claridge and T. C. Fabian, "History and development of evidence-based medicine," *World J. Surg.*, vol. 29, no. 5, pp. 547–553, 2005.
- [5] "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.," *JAMA*, vol. 268, no. 17, pp. 2420–2425, 1992.
- [6] "Evidence-based medicine, in its place.," *Lancet*, vol. 346, no. 8978, p. 785, 1995.
- [7] T. Greenhalgh, J. Howick, and N. Maskrey, "Evidence based medicine: a movement in crisis?," *BMJ*, vol. 348, no. jun13 4, pp. g3725–g3725, Jun. 2014.
- [8] R. Smith and D. Rennie, "Evidence based medicine--an oral history," *BMJ*, vol. 348, no. jan21 34, pp. g371–g371, Jan. 2014.
- [9] S. Zwolsman, E. te Pas, L. Hooft, M. Wieringa-de Waard, and N. van Dijk, "Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review," *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 62, no. 600, pp. 511–521, Jul. 2012.
- [10] A. L. Francke, M. C. Smit, A. J. de Veer, and P. Mistiaen, "Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review," *BMC Med. Inform. Decis. Mak.*, vol. 8, no. 1, p. 38, 2008.
- [11] M. Bochud, J. Cornuz, J. P. Vader, W. Kamm, and B. Burnand, "Are internists in a non-prescriptive setting favourable to guidelines? A survey in a Department of Internal Medicine in Switzerland," *Swiss Med. Wkly.*, vol. 132, no. 15–16, pp. 201–206, 2002.
- [12] S. Hostettler and E. Kraft, "Augmentation de la part de femmes et de médecins étrangers," *Bull. des médecins suisses*, vol. 96, no. 13, pp. 462–469, 2015.
- [13] M. Gupta, "Does Evidence-Based Medicine Apply to Psychiatry?," *Theor. Med. Bioeth.*, vol. 28, no. 2, pp. 103–120, Jul. 2007.
- [14] M. V Seeman, "Clinical trials in psychiatry: do results apply to practice?," *Can. J. Psychiatry.*, vol. 46, no. 4, pp. 352–5, May 2001.
- [15] M. Siegrist and M. Giger, "A Swiss survey on teaching evidence-based medicine," *Swiss Med. Wkly.*, vol. 136, no. 47–48, pp. 776–778, 2006.
- [16] a McColl, H. Smith, P. White, and J. Field, "General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey.," *BMJ*, vol. 316, no. 7128, pp. 361–365, 1998.
- [17] J. M. Young and J. E. Ward, "Evidence-based medicine in general practice: Beliefs and barriers among Australian GPs," *J. Eval. Clin. Pract.*, vol. 7, no. 2, pp. 201–210, 2001.
- [18] L. a Al-Ansary and T. a Khoja, "The place of evidence-based medicine among primary health care physicians in Riyadh region, Saudi Arabia," *Fam Pr.*, vol. 19, no. 5, pp. 537–542, 2002.
- [19] J. Taylor, D. Wilkinson, I. A. Blue, and J. T. Dollard, "Evidence-based rural general practice: barriers and solutions in South Australia.," *Rural Remote Health*, vol. 2, no. 1, p. 116, 2002.
- [20] C. S. Tracy, G. C. Dantas, R. Moineddin, and R. E. G. Upshur, "The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians.," *BMC Fam. Pract.*, vol. 4, p. 13, 2003.
- [21] G. C. Chan and C. L. Teng, "Primary care doctors' perceptions towards evidence-based medicine in Melaka state: A questionnaire study," *Med. J. Malaysia*, vol. 60, no. 2, pp. 130–133, 2005.
- [22] F. Barghouti, L. Halaseh, T. Said, A. H. Mousa, and A. Dabdoub, "Evidence-based medicine among Jordanian family physicians: Awareness, attitude, and knowledge," *Can. Fam. Physician*, vol. 55, no. 7, 2009.